

DOMANDA PER SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE ANNO 2013 / 2014

Consegnare esclusivamente nei punti di raccolta specificati nel bando tra il 16/05/2013 e il 14/06/2013.

PRIMA DOMANDA DI ACCESSO **RINNOVO**

Dati dell'utente del trasporto sociale

Cognome	Nome		
Luogo e data di nascita			
CODICE FISCALE (obbligatorio)			
Indirizzo della residenza:		Comune di residenza:	
Indirizzo e mail:		Telefono	

Dati di chi sottoscrive la domanda (se diverso dall'utente)

Cognome:	Nome:		
Rapporto di parentela con l'utente:			
Telefono di riferimento		indirizzo e mail:	
Comune di residenza		Indirizzo residenza:	

A) Con la presente domanda si chiede l'attivazione del servizio di **TRASPORTO SOCIALE** per l'utente sopra indicato per una delle seguenti **destinazioni**:

- SCUOLA DELL' OBBLIGO (fino a 16 anni)
- SCUOLA SUPERIORE / INSERIMENTI LAVORATIVI
- C.D. DISABILI
- C.D. ANZIANI
- LAVORO

Punteggio

Chi sottoscrive dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione non veritiera o incompleta :

- che l'utente è in carico a questo servizio da più di un anno: SI NO
- che l'utente è **disabile in "SITUAZIONE DI GRAVITÀ"**, riconosciuto ai sensi della Legge 104/92;
- che l'utente **ha un grado di invalidità uguale o superiore al 74%** riconosciuto ai sensi della Legge 118/71;
- di essere disabile "**NON IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ**", riconosciuto ai sensi della Legge 104/92 o con grado di invalidità inferiore al 74%, riconosciuto ai sensi della Legge 118/71 che abitano da soli o con persona disabile e non hanno alternative di servizi pubblici o di parenti per la propria mobilità (dati attestati esclusivamente tramite relazione dei Servizi sociali professionali - S.s.p. competenti territorialmente).

B) L'utente è affetto da:

Punteggio

- disabilità fisico motoria;
- disabilità psichica;
- cecità assoluta;
- altre disabilità sensoriali (cieco con residuo visivo; sordomuto, ...)

C) Particolari condizioni personali e familiari:

Punteggio

l'utente necessita dell'ausilio della **CARROZZINA**: SI NO

Uno o entrambi i genitori (la presente voce riguarda **esclusivamente** gli utenti che per destinazione hanno la **scuola dell'obbligo e/o superiore o centri diurni per disabili**) hanno particolari situazioni lavorative, come ad esempio contratti a tempo determinato, precario, con lavoro organizzato su turni anche notturni, o con sede di lavoro più distante di 15 Km dalla residenza:

SI NO

Punteggio

Se SI, specificare: _____

L'utente vive **solo**, oppure convive con un **unico familiare**.

Punteggio

Nello stesso nucleo familiare dell'utente è presente **un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71** (di cui, su richiesta, si esibirà la documentazione). ↓

Entrambi i genitori dell'utente sono ultra 75enni; →

Punteggio

Punteggio

Almeno un familiare del nucleo familiare dell'utente dispone di auto con **contrassegno esponibile per disabili**: SI NO →

Punteggio

Se si, il contrassegno esponibile ha il **numero** _____ rilasciato dal Comune di _____

Informazioni facoltative relative alla patologia:

L'utente soffre di una forma di autismo grave: SI NO

L'utente soffre, anche saltuariamente, di crisi epilettiche: SI NO

Eventuali caratteristiche dell'utente che è utile far conoscere agli operatori del servizio:

Composizione del nucleo familiare (famiglia anagrafica) dell'utente:

N	Rapporto di parentela (Indicare se "genitore", "coniuge", "fratello" ...)	Condizione lavorativa (Indicare: occupato, inoccupato, casalinga, pensionato, studente etc.)
1		
2		
3		
4		
5		

Riportare di seguito i recapiti utili anche di più familiari per eventuali urgenze:		
Nome _____	Tel. casa/ufficio	cellulare
Rapporto di parentela		
Nome _____	Tel. casa/ufficio	cellulare
Rapporto di parentela		

Indicare nello schema che segue le **denominazioni esatte dei luoghi di lavoro o di studio, dei centri diurni o di altra destinazione** presso la quale l'utente dovrà essere accompagnato/a con il servizio di trasporto:

Denominazione della destinazione (Scuola/ Centro Diurno/Ufficio) :		
Ubicato nel Comune di:	Via	n.
Eventuali note o contatti utili:		

Si richiede il servizio dalla data del _____ (gg/mese/anno) alla data del _____ (gg/mese/anno) secondo l'orario di seguito specificato, consapevoli che esso sarà preso in considerazione compatibilmente con le altre esigenze del servizio:

	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
Orario						
Destinazione						

CON LA SOTTOSCRIZIONE, SI DICHIARA INOLTRE

- di essere consapevoli che l'Amministrazione Pubblica prenderà in considerazione, solo per la determinazione della quota annuale di compartecipazione, le fasce ISEE del **nucleo familiare** individuate annualmente nel bando e che la mancata presentazione dell'ISEE familiare in corso di validità comporterà l'applicazione della **quota massima (€206,80)**.
- di essere consapevoli che, in caso di mancato pagamento della quota dovuta entro la scadenza specificata sul bando annuale, si applicherà quanto disposto nell'art. 14 del Regolamento sul Trasporto Sociale attualmente in vigore.
- di essere consapevoli che per la formazione della graduatoria annuale si terrà conto dei criteri stabiliti nell'allegato A del Regolamento in vigore.

ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. **nel caso che sia la prima volta che si presenta la domanda**, la certificazione comprovante la disabilità dichiarata del richiedente, riconosciuta ai sensi della Legge 104/92 e/o della Legge 118/71;

2. **sia per le prime istanze che per i rinnovi**, l'attestazione **ISEE del nucleo familiare** in corso di validità o dichiarazione sostitutiva valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate, di cui al D.Lgs. 31.3.1998, n. 109, come modificato da D.Lgs. 3.5.2000, n. 130.

3. la valutazione del Servizio Sociale Territoriale, **solo nel caso di richiesta da parte di coloro che hanno una disabilità conclamata in base alle Leggi 104/92 e 118/71 inferiore al 74 %**.

L'ufficio Trasporti Sociali Zona Pisana può, a campione, verificare il mantenimento delle condizioni del soggetto in carico che ha chiesto rinnovo del servizio.

SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA E INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Gentile utente, l'Azienda USL 5 di Pisa, Le rilascia queste sintetiche informazioni in merito al trattamento dei suoi dati personali e sensibili in osservanza a quanto previsto all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 'Codice Privacy'.

L'Azienda Sanitaria, Titolare del trattamento, Le comunica che:

a) *i dati personali che Lei trasmetterà a questa Azienda saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi da Lei richiesti a questo Servizio Sociale e/o attualmente in corso e dei controlli previsti dalla legge,*

b) *le informazioni forniteci potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o altri soggetti se previsto da norme di Legge.*

La informiamo che questa Azienda ha adottato un Regolamento interno per l'applicazione della normativa sulla privacy ed ha provveduto a individuare i Responsabili e gli Incaricati del trattamento dei dati.

Si comunica inoltre, che in conformità con l'art. 7 del 'Codice Privacy' la SV per avere maggiori informazioni sull'uso dei suoi dati può rivolgersi:

* *al Responsabile del trattamento dei dati di questa struttura;*

* *all'Ufficio Privacy chiamando al numero 0587-273607 o inoltrare una e-mail a ufficioprivacy@usl5.toscana.it*

In alternativa alla presentazione dell'ISEE, il sottoscritto _____ di seguito dichiara di accettare il pagamento della quota massima prevista per l'anno in corso, pari a € 206,80.

Firma _____

Data

Firma del/della utente/ richiedente (*)

.....
Firma del genitore/tutore/rappresentante legale (specificare ruolo)

.....
(* per i minori o incapaci la domanda deve essere sottoscritta da uno dei genitori o dal tutore o dal rappresentante legale.